Diabetes und Trauma

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin.

Von

Karl Ziertmann

aus Berlin

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Tag der Promotion: 1. März 1921

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstraße 29.

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. **Killian**

Referenten: Prof. Dr. **Köhler**
Prof. Dr. **Hildebrand**

Die Einheitlichkeit des Diabetes mellitus wird wegen der vielen Momente, die aetiologisch angeschuldigt werden, noch vielfach in Zweifel gezogen, zumal auch das eigentliche Wesen des Diabetes weder sicher erwiesen, noch einheitlich ist. Experimentelle Läsionen des Schädels, des Gehirns und der Nerven können eine vorübergehende Zuckerausscheidung bewirken. Autoptisch wurde hier nichts Beweisendes gefunden. Bei Pankreaserkrankungen wurde oft Diabetes, und umgekehrt bei Diabetes oft eine Pankreasveränderung festgestellt. Mikroskopisch zeigten sich Verminderung und Veränderungen der Langerhans'schen Inseln. Andererseits wird der den Inseln beigelegte Wert hinsichtlich des Kohlehydratstoffwechsels bestritten. Die hypophysäre Entstehung der Zuckerkrankheit ist noch nicht erwiesen.

Die Möglichkeit eines Zusammenhanges zwischen Trauma und Diabetes wird meist zugegeben, aber die bisher als traumatisch angegebenen Fälle werden wegen unzureichender Beweisfähigkeit abgelehnt.

Am häufigsten wird der posttraumatische Diabetes bei direkter oder indirekter Einwirkung auf den Schädel berichtet, seltener kommen Rückenmark oder Abdomen in Frage. Bei Operationen ist der Einfluß der Narkose, des Blutverlustes und vor allem der seelischen Erregung zu berücksichtigen. Traumatische Neurosen sind in ihrer Wirksamkeit als zweifelhaft anzusehen, dagegen kommen Erregung und Schock aetiologisch wahrscheinlich in Betracht. Prognose und Verlauf der alimentären und spontanen Glykosurie ist in der Mehrzahl günstig. Genesung meist in wenigen Tagen, doch kommt Uebergang in echten Diabetes vor. Die Heilungsaussichten für die echte Zuckerharnruhr, die teils akut, teils als Spätform auftritt, sind recht zweifelhaft: bald schnelles Verschwin-

den der Zuckerausscheidung, bald Exitus im Coma. Eine Inkubationszeit des traumatischen Diabetes ist bisher nicht erwiesen.

Posttraumatischer Diabetes liegt mit Sicherheit nur dann vor, wenn:

1. der Patient höchstens 30 Jahre alt ist und außer dem Trauma aetiologische Momente nicht in Frage kommen können;
2. keine alimentäre Glykosurie vor dem Trauma bestand;
3. der Unfall höchstens 1 Jahr zurückliegt und,
4. falls die Spätform des traumatischen Diabetes in Betracht käme, zwischen dem Unfall und den ersten diabetischen Symptomen „Brückenerscheinungen“ oder eine Toleranzverminderung oder nervöse Erscheinungen bestehen.